 بسمه تعالي

 **دانشگاه علوم پزشكي اردبيل**

دانشکده دندانپزشکی

**« فـرم درخواسـت انتقـال دائـم »**

**ریاست محترم دانشکده دندانپزشکی**

سلام عليكم

احتراماً­، اينجانب دانشجوي رشته دندانپزشکی بشماره دانشجوئي اين دانشگاه كه در آزمون سراسري سال واز سهميه پذيرفته شده‌ام تاكنون تعداد واحد درسي را با معدل كل در مدت نيمسال تحصيلي گذرانده‌ام با اطلاع از ضوابط و شرايط انتقال دانشجو بدلیل تقاضاي انتقال دائم به دانشگاه علوم پزشكي را دا**رم.**

تاريخ درخواست و امضاي دانشجو

شماره ……………………

 تاريخ : ………………...

 پيوست : …………………..

مديريت محترم امور آموزشي دانشگاه

سلام عليكم

احتراماً ، ضمن تائيد مندرجات فوق و با توجه به تصويب مورخه .................... شوراي آموزشي دانشگاه بدينوسيله نامبرده جهت انتقال به ............... با نظر موافق معرفی می شوند.

 مکرم پاسدار دکتر علیرضا فتحی آذر دکترکریم جعفری کفاش

مسئول آموزش دانشکده معاون آموزشی دانشکده رئيس دانشکده دندانپزشکی

شماره …………………

 تاريخ : ……………...

 پيوست………………..

مدیریت محترم امور آموزشی دانشگاه علوم پزشکی

سلام عليكم

احتراماً ، بدينوسيله تقاضاي انتقال دائم ..................... دانشجوي رشته دندانپزشکی اين دانشگاه با نظر موافق ايفاد ميگردد. خواهشمند است در صورت موافقت با تقاضاي نامبرده مراتب را به اين دانشگاه اعلام فرمائيد تا نسبت به ارسال مدارك پس از ارائه تسويه حساب توسط دانشجو اقدام مقتضي بعمل آيد.

دکتر اسلام مرادی

 مدير امور آموزشي و تحصيلات تكمیلی دانشگاه

رونوشت : آموزش

**آدرس : راه دانشگاه ،بالاتراز درياچه شورابيل روبروي دانشگاه پيام نور**

 **كدپستي 56197 تلفن:3ــ5510052 دورنگاه 5510057**

 بسمه تعالي

 **دانشگاه علوم پزشكي اردبيل**

دانشکده دندانپزشکی

**« فـرم درخواسـت انتقـال دائـم »**

**ریاست محترم دانشکده دندانپزشکی**

سلام عليكم

احتراماً­، اينجانب زهرا نیکنام دانشجوي رشته دندانپزشکی بشماره دانشجوئي 14002816012 اين دانشگاه كه در آزمون سراسري سال 1400و از سهميه 25% پذيرفته شده‌ام تاكنون تعداد 19 واحد درسي را با معدل كل 16.41 در مدت یک نيمسال تحصيلي گذرانده‌ام با اطلاع از ضوابط و شرايط انتقال دانشجو بدلیل ازدواج پس از قبولی در دانشگاه و محل اشتغال همسر در تبریز و همچنین تک فرزندی و مشکلات دوری از خانواده و شرایط جانبازی پدرم(جانباز شیمیایی)تقاضاي انتقال دائم به دانشگاه علوم پزشكي را دا**رم.**

تاريخ درخواست و امضاي دانشجو

شماره ……………………

 تاريخ : ………………...

 پيوست : …………………..

مديريت محترم امور آموزشي دانشگاه

سلام عليكم

احتراماً ، ضمن تائيد مندرجات فوق و با توجه به تصويب مورخه 14/08/1401 شوراي آموزشي دانشگاه بدينوسيله نامبرده جهت انتقال به دانشگاه علوم پزشکی تبریز با نظر موافق معرفی می شوند.

 مکرم پاسدار دکتر علیرضا فتحی آذر دکترکریم جعفری کفاش

مسئول آموزش دانشکده معاون آموزشی دانشکده رئيس دانشکده دندانپزشکی

شماره …………………

 تاريخ : ……………...

 پيوست………………..

مدیریت محترم امور آموزشی دانشگاه علوم پزشکی

سلام عليكم

احتراماً ، بدينوسيله تقاضاي انتقال دائم زهرا نیکنام دانشجوي رشته دندانپزشکی اين دانشگاه با نظر موافق ايفاد ميگردد. خواهشمند است در صورت موافقت با تقاضاي نامبرده مراتب را به اين دانشگاه اعلام فرمائيد تا نسبت به ارسال مدارك پس از ارائه تسويه حساب توسط دانشجو اقدام مقتضي بعمل آيد.

دکتر اسلام مرادی

 مدير امور آموزشي و تحصيلات تكمیلی دانشگاه

رونوشت : آموزش

**آدرس : راه دانشگاه ،بالاتراز درياچه شورابيل روبروي دانشگاه پيام نور**

 **كدپستي 56197 تلفن:3ــ5510052 دورنگاه 5510057**

 بسمه تعالي

 **دانشگاه علوم پزشكي اردبيل**

دانشکده دندانپزشکی

**« فـرم درخواسـت انتقـال دائـم »**

**ریاست محترم دانشکده دندانپزشکی**

سلام عليكم

احتراماً­، اينجانب زهرا نیکنام دانشجوي رشته دندانپزشکی بشماره دانشجوئي 14002816012 اين دانشگاه كه در آزمون سراسري سال 1400و از سهميه 25% پذيرفته شده‌ام تاكنون تعداد 19 واحد درسي را با معدل كل 16.41 در مدت یک نيمسال تحصيلي گذرانده‌ام با اطلاع از ضوابط و شرايط انتقال دانشجو بدلیل ازدواج پس از قبولی در دانشگاه و محل اشتغال همسر در تبریز و همچنین تک فرزندی و مشکلات دوری از خانواده و شرایط جانبازی پدرم(جانباز شیمیایی)تقاضاي انتقال دائم به دانشگاه علوم پزشكي را دا**رم.**

تاريخ درخواست و امضاي دانشجو

شماره ……………………

 تاريخ : ………………...

 پيوست : …………………..

مديريت محترم امور آموزشي دانشگاه

سلام عليكم

احتراماً ، ضمن تائيد مندرجات فوق و با توجه به تصويب مورخه 14/08/1401 شوراي آموزشي دانشگاه بدينوسيله نامبرده جهت انتقال به دانشگاه علوم پزشکی تبریز با نظر موافق معرفی می شوند.

 مکرم پاسدار دکتر علیرضا فتحی آذر دکترکریم جعفری کفاش

مسئول آموزش دانشکده معاون آموزشی دانشکده رئيس دانشکده دندانپزشکی

شماره …………………

 تاريخ : ……………...

 پيوست………………..

مدیریت محترم امور آموزشی دانشگاه علوم پزشکی

سلام عليكم

احتراماً ، بدينوسيله تقاضاي انتقال دائم زهرا نیکنام دانشجوي رشته دندانپزشکی اين دانشگاه با نظر موافق ايفاد ميگردد. خواهشمند است در صورت موافقت با تقاضاي نامبرده مراتب را به اين دانشگاه اعلام فرمائيد تا نسبت به ارسال مدارك پس از ارائه تسويه حساب توسط دانشجو اقدام مقتضي بعمل آيد.

دکتر اسلام مرادی

 مدير امور آموزشي و تحصيلات تكمیلی دانشگاه

**آدرس : راه دانشگاه ،بالاتراز درياچه شورابيل روبروي دانشگاه پيام نور**

 **كدپستي 56197 تلفن:3ــ5510052 دورنگاه 5510057**